Comisión de Salud Pública y Asistencia Social

S/C

Versión Taquigráfica N° 1652 de 2003

FONDO NACIONAL DE RECURSOS

Versión taquigráfica de la reunión realizada el día 19 de marzo de 2003

(Sin corregir)

PRESIDE: Señor Representante Luis José Gallo Imperiale.

MIEMBROS: Señores Representantes Gustavo Amen Vaghetti, Raúl Argenzio, Daniel Bianchi, Orlando Gil Solares, Ramón Legnani y Wilmer Trivel.

INVITADOS: Por el Fondo Nacional de Recursos, señores doctor Homero Bagnulo, Presidente; contador Alberto Sayaguez, Director General; doctor Álvaro Haretche, Director Técnico; y contador Dante Giménez, integrante de la Comisión Honoraria Administradora.

SEÑOR PRESIDENTE (Gallo Imperiale).- Habiendo número, está abierta la reunión.

Esta Comisión tiene mucho gusto en recibir al Presidente del Fondo Nacional de Recursos, doctor Homero Bagnulo, al Director General, contador Alberto SAYAGUEZ, al Director Técnico, doctor Alvaro Haretche y al Miembro de la Comisión Honoraria del FNR en representación del Ministerio de Salud Pública, contador Dante Giménez. Recibimos con mucho beneplácito su solicitud de venir a informar a nuestra Comisión sobre la actuación del Fondo Nacional de Recursos que, dentro del escenario que está viviendo la salud, ocupa un lugar protagónico y nos preocupa.

SEÑOR BAGNULO.- Agradecemos que la Comisión nos haya recibido. Consideramos una obligación nuestra que, dado las medidas que hemos tomado -algunas de las cuales han resultado discutibles- y la situación que venía de atravesar el Fondo, exista la más amplia y transparente información posible sobre la gestión que estamos llevando adelante.

Algunas de las medidas que propusimos ya hace tres años se han implementado y otras aún no. Todavía falta implementar algunos temas importantes vinculados a la temática del Fondo Nacional de Recursos pero ciertas medidas ya han dado resultado. Uno de los elementos que queremos aportar sobre el Fondo y sobre la salud en general tiene que ver con la importancia de los mecanismos de contralor de la gestión lo que, en resumen, constituye la estrategia que se ha venido desarrollando. Tenemos preparada una exposición con bastantes datos y dejaremos para el final algunos cambios y comentarios que de futuro -por la vía de decretos o de modificaciones en la ley- habrá que realizar. Probablemente, todos los actores deban discutir cuáles son los mejores cambios, teniendo en cuenta que toda la temática de la salud requiere actualizaciones periódicas.

SEÑOR SAYAGUEZ.- Como ustedes saben, el Fondo Nacional de Recursos empezó con sus actividades en el año 1980 y tiene tres etapas distinguibles. La segunda, a la cual nos referiremos, va de 1990 a 1999 y hubo un viraje muy fuerte en su actividad de 2000 a 2003, período al que me puedo referir con toda libertad porque yo no estaba durante la etapa en la que se produjeron todas esas mejoras.

Los actos médicos que se financian requieren gran concentración de recursos porque son muy costosos e implican, normalmente, riesgo de vida o funcionales y una definición de la Facultad de Medicina que procura la excelencia asistencial en esos actos. También se agregó, posteriormente, la cobertura de actos médicos en el exterior, trasplantes hepáticos, trasplantes pulmonares y radio y neurocirugía.

SEÑOR HARETCHE.- La idea de esta presentación consistió en seleccionar algunos de los problemas que nos han parecido relevantes en la organización del Fondo, de manera de poder actuar sobre los que entendemos tienen una incidencia mayor en su desarrollo.

En el material que les hemos proporcionado se puede apreciar que en sus veinte primeros años el Fondo ha tenido un desarrollo exponencial en el número de sus actividades. En el año 1990 cubríamos 7.900 procedimientos y en 1999 pasamos a cubrir 19.700; es decir no sólo duplicamos el número de procedimientos cubiertos. Eso tiene varias explicaciones, entre otras, que no se atienden las mismas patologías que en 1990. De todas maneras, desagregando cada procedimiento, el número de actos cubiertos en prótesis de caderas, prótesis de rodillas, cateterismos y angioplastias creció de una manera que, prácticamente, no tiene relación con el crecimiento de la población ni con la extensión de la cobertura. El número de pacientes en diálisis pasó de 1.400 en 1992 a 2.400 en 1999, obviamente, por una mayor captación de pacientes. Sin embargo, es obvio que demos cuenta a la sociedad de por qué nos ocurre eso. ¿Por qué hoy estamos haciendo más del doble de los procedimientos de diez años atrás? Ustedes podrán ver que, expresamente, no mencionamos lo que ocurrió de 2000 en adelante. Eso no es por casualidad, sino que pensamos mencionarlo después. Las prótesis de rodilla autorizadas por año es el procedimiento que ha tenido una curva de incremento más dramática. Se trata de una cirugía que tiene que ver con la calidad de vida pero poco con la sobrevida o con el riesgo del paciente

Lógicamente, ese crecimiento de algún modo poco explicable de los actos cubiertos tiene su paralelo en la economía del Fondo. En la misma página del material pueden ver qué es lo que ocurrió en estos veinte años con los ingresos, los egresos y los resultados del Fondo. Los ingresos crecieron de una manera sumamente importante y los egresos también pero no llegaron a compensar ese crecimiento.

SEÑOR SAYAGUEZ.- En esa curva casi exponencial acelerada se llegó a US$ 150:000.000 en el año 2001. Esa cifra se puede comparar con el gasto de Salud Pública, que fue prácticamente el doble. El gasto del Fondo Nacional de Recursos es la mitad del que realizó el Ministerio de Salud Pública en el año 2001, con un crecimiento fortísimo -que la curva demuestra- por varias razones. Si bien en la gráfica exponencial los ingresos y egresos tienen una ligera diferencia, ella llega en algún año puntual a US$ 15:000.000, alcanzando un déficit acumulado cercano a los US$ 60:000.000. Afortunadamente, en estos días esa deuda se está solucionando definitivamente por la entrega de tres mil vales a sesenta instituciones con un plazo de pago de cinco años. Esta solución fue tomada por consenso y sanea financieramente al Fondo. Esa es una buena noticia.

Todo este gasto en salud se distribuye en forma atípica. La gráfica donde está el mapa de Uruguay muestra un promedio de 54.6% de cobertura que se distribuye de la siguiente forma: el 67.6% para Montevideo y el 45.2% para el interior. Los departamentos de Montevideo y Florida -por alguna razón ignota en el caso de éste último- tienen un porcentaje superior a la tasa de 60 por 10.000 habitantes. Cuatro departamentos -Artigas, Rivera, Durazno y Río Negro- tienen menos del 40%, desproporción que implica, de alguna forma, un menor acceso a las posibilidades del Fondo por parte de algunos sectores de la población.

Los actos médicos autorizados por grupos etarios están distribuidos, obviamente, en función de la morbilidad de cada grupo etario; el promedio de edad del paciente del Fondo es de 65 años y la mitad de ellos superan los 70 años. Los actos médicos autorizados por el Fondo provienen en un 26% de la cobertura del Ministerio de Salud Pública y en un 74% de la cobertura de las IAMC, de sus afiliados propios o de los de DISSE. Si bien la desproporción es evidente, también hay que tener en consideración que la población cubierta por las

IAMC tiene mayor edad y, probablemente, esté más expuesta que la cubierta por Salud Pública, que está compuesta de otra forma; debe tener un promedio de edad superior.

En la década de 1990 a 1999 las cuatro cosas a destacar son el fuerte crecimiento de actos médicos, del gasto total en el Fondo Nacional de Recursos, un crecimiento de los ingresos -a consecuencia del incremento de la cuota mutual que pesa gravosamente en el total de lo que paga el núcleo familiar a las IAMC- y un incremento del déficit durante el mismo período.

SEÑOR HARETCHE.- Lo que vamos a comentar ahora tiene que ver con la postura que tenemos actualmente respecto al funcionamiento del Fondo y qué hay que hacer con sus recursos. Hay un pequeño gráfico que vincula cuatro aspectos principales de nuestra actividad. En la base está la cobertura.

Nos animaríamos a decir que durante veinte años el Fondo ha hecho un esfuerzo realmente descomunal por la extensión de la cobertura, por incorporar el sistema del Fondo al sistema de salud del país y por que realmente se hiciera efectivo que la gente tuviera acceso a las prestaciones. Podríamos decir que, de alguna manera, la cobertura del Fondo ha sido su fortaleza durante toda esta primera etapa, y que actualmente se han logrado mecanismos que permiten asegurar que la población tenga acceso a estas prestaciones en condiciones de equidad, que era lo que el país quería en el momento en que se creó este sistema.

Para asegurar esa cobertura, el Fondo ha tenido que obtener financiamiento, y así lo hizo durante muchos años, hasta que ese financiamiento generó determinadas restricciones que nos enfrentaron a la situación actual. Diríamos que hasta hace dos o tres años parecía que no iba a existir un sistema de financiamiento suficiente para todo lo que el Fondo tenía que hacer. Entonces comenzó la preocupación por pensar si realmente estamos haciendo las cosas que el país necesita, y si las estamos haciendo a un nivel de calidad acorde con lo que la ley de creación del Fondo Nacional de Recursos nos pide. Ese es el tema del que vamos a hablar: ¿qué mecanismos tiene el sistema del Fondo para, mediante un sistema de control, avanzar y mejorar en la calidad y, por lo tanto, acotar las prestaciones del sistema a aquellas que realmente redundan en mejor calidad de vida de la gente? Para eso se han implantado dos sistemas de evaluación. El primero de ellos tiene que ver con la evaluación de los resultados. ¿Qué es lo que tenemos para decir de los procedimientos que financia el Fondo transcurridos seis meses o un año de realizados los mismos?

En el último recuadro de la página 3 hablamos de la Artioplastia de Cadera por Fractura. La primera evaluación de este sistema se llevó a cabo en marzo de 2001. Tomamos contacto con todos los pacientes que habían sido tratados con una artioplastia de cadera en los años anteriores, los sometimos a estudios y observamos qué había pasado con ellos transcurridos seis meses. En todos los casos, estas evaluaciones fueron hechas por equipos médicos independientes, con incorporación de especialistas -básicamente del sistema de infecciones-, lo cual supone, además, personal del equipo de salud no médico, porque entendemos que eso mejora los controles. No nos estamos controlando nosotros, sino que estamos abriendo el Fondo para que otros especialistas nos controlen.

En la primera columna están señalados los cuatro IMAE que están identificados solamente con letras. Si nos fijamos en el total, habiendo transcurrido seis meses, el 17.1% de los pacientes tratados con una artioplastia de cadera habían fallecido, el 21.1% había tenido algún tipo de complicación y el 6.0% había presentado una infección de sitio quirúrgico, que había requerido tratamiento expreso.

En las referencias internacionales, en la literatura se acepta el entorno de un 3% o un 4% de infección, y nosotros estábamos en un 6.0%, lo cual colocó en ese momento a la población tratada en el Uruguay por encima del percentil noventa de la distribución del CDC, que es un centro de referencia internacional con sede en Estados Unidos para estos temas. O sea que en nuestro país, la población tratada por artioplastia de cadera realmente estaba sometida a un riesgo vital y de complicación relevante. Pero, además, si esos mismos datos los estudiamos distribuidos por IMAE -en el cuadro vamos a ver donde dice A, B, C o D-, podrán encontrar que en el caso del IMAE B, en ese momento, en el año 2001, la mortalidad llegaba al 24.5%, las complicaciones al 32.1% y la infección al 9.4%. O sea que por lo menos hay dos problemas. Hay un problema general de los pacientes cuyos tratamientos estamos financiando, pero además, una distribución inhomogénea entre los IMAE. Por ejemplo, la mortalidad del IMAE A alcanza al 11.2%, cifra más cercana a los estándares y a los niveles de aspiración que nos permitiría el sistema; pero hay otros que están realmente en situaciones inaceptables.

Si vemos la página 4, en ese mismo estudio, Artioplastia de Cadera por Fractura, es decir, pacientes a los cuales se les coloca una prótesis de cadera por una fractura, en marzo del año 2001, a los seis meses, el 58.9% de los pacientes no manifestaba mejorías subjetivas, el 33.1% no desarrollaba una actividad dentro de la casa, el 12.3% tenía dependencia para alimentarse, el 41% para higienizarse y para vestirse. Probablemente, se habrán hecho -igual que yo- una imagen de qué pacientes estamos hablando; pacientes con medios familiares pocos continentes, a veces institucionalizados, que no han tenido previa o posteriormente todos los elementos que necesita una rehabilitación de una fractura de cadera.

Si observamos el recuadro siguiente, vamos a hablar de la Angioplastias Coronarias, de pacientes que tienen un síndrome coronario, un angor, dolor precordial, y que son tratados mediante una angioplastia con financiamiento del Fondo.

En el mismo momento, en marzo de 2001, también hicimos una evaluación de estos pacientes. Fíjense que transcurridos seis meses de que la sociedad, de que el sistema le financió una angioplastia, el 30% de los pacientes seguía teniendo cifras altas de presión arterial, el 60% tenía cifras inaceptables de glicemia, el 17% ni siquiera conocía los resultados de sus exámenes, el 68% tenía colesterol elevado, el 13% de los pacientes continuaba fumando, el 14% requirió un nuevo procedimiento antes de los seis meses -en uno de los IMAE esa cifra llegó al 28%; más de la cuarta parte de los pacientes sometidos a angioplastia requirió un segundo procedimiento en este IMAE- y tenemos una mortalidad de 2%, lo que también es notoriamente alto comparado con los estándares internacionales.

Aquí estoy hablando de cifras de dos naturalezas. Estoy diciendo que tenemos un problema de resultados, porque la mortalidad es alta, pero además, que esos pacientes sometidos a un procedimiento invasivo -que en el Uruguay es posible, porque existe un marco legal que lo permite- de alguna manera se nos han ido absolutamente de las manos apenas a los seis meses y no han tenido un acompañamiento del sistema de salud -tal vez de nosotros mismos o de otros sectores del sistema- que permita hacer lo que en medicina llamamos la prevención secundaria. No podemos dejar esto librado a su evolución natural. A estos pacientes no les hemos curado la enfermedad; apenas les hemos tratado un episodio agudo de la enfermedad, pero esa enfermedad siguió evolucionando y es necesario que la asumamos como sistema.

En el siguiente recuadro estamos hablando del mismo tipo de paciente, pero ya no con Angioplastia sino con Cirugía de Revascularización. Este estudio se llevó a cabo en agosto de 2001, y la mortalidad intrahospitalaria de estos pacientes fue un poco superior al 6%. En la referencia encontramos cifras del 0.6%, del 2.6% y del 4%. Estamos hablando de estudios posteriores al año 1998; nosotros estamos notoriamente por encima, pero además, si lo desagregamos por los tres IMAE que en ese momento hacían cirugía cardíaca, encontramos que el IMAE C tenía una mortalidad del 10%. Como contracara de esto la sobrevida de los pacientes es escasa o más baja de lo aceptable; a los doscientos noventa días la sobrevida es del 90%, cuando en los estudios de referencia a los cinco años -no menos de un año, sino a los cinco años- se obtiene una sobrevida del 92%. También esas cifras son inhomogéneas según cuál sea el equipo técnico que los trató.

La tasa de infecciones es del 6% en el sitio quirúrgico, y la infección superficial es del 5.2%. En este momento el 5.2% de los pacientes tenía un diagnóstico médico preciso de infección superficial contra un 0.72% en la literatura. Además, el acceso vascular, es decir, el lugar donde el paciente había sido abordado para obtener el elemento con el cual vamos a hacer la revascularización, presentaba una infección de un 10.4%.

Insistimos en que estos estudios son hechos por equipos técnicos contratados directamente por el Fondo, no vinculados a los médicos actores de las intervenciones.

En el siguiente cuadro vemos lo que ocurre en Cirugía Cardiovascular Congénita. Aquí pusimos algunas patologías específicas, porque la mortalidad es diferente según de qué está enfermo el niño. Acá estamos hablando de cirugías hechas en pacientes que son niños.

En el estudio realizado en enero de 2002, en Uruguay el canal AV -aurículoventricular- completo tenía una mortalidad al alta del 25%; fallecía un paciente de cada cuatro que se operaran. La referencia, en estudios posteriores al año 1990, nos permite aspirar a 1.4% de mortalidad.

La Tetralogía de Fallot, una enfermedad notoriamente compleja, en el Uruguay tiene un 20% de mortalidad. En la referencia, según distintos estudios, va desde el 0% hasta el 6.7%.

La Trasposición de Grandes Arterias -TGA-, tiene una mortalidad de más del 30% en el Uruguay y en el mundo hay centros que tienen 0%.

La segunda parte del recuadro es lo mismo, pero dado vuelta; en lugar de expresarlos en términos de mortalidad, lo expresamos en términos de sobrevida, pero el concepto es el que ustedes encuentran escrito en las últimas dos líneas del cuadro. En lo que refiere a trasplante de médula ósea -el penúltimo cuadro de la página- probablemente sea donde encontramos cifras más comparables o más satisfactorias al compararlas con la referencia internacional. Hay un único elemento que llama la atención, lo que llamamos "Relación Linfomas/Leucemias", los dos grandes grupos de enfermedades hematológicas que se tratan con trasplante de médula. En el Uruguay es de 2 a 1, o sea que se hacen muchos más trasplantes de médula en pacientes con linfoma que en pacientes con leucemia. Pero en el mundo eso no es así. El Fondo contrató en el mes de febrero a un consultor internacional, europeo, quien estuvo en nuestro país estudiando específicamente este tema. Se reunió con los Directores de los cuatro centros que hacen trasplantes y hoy se está trabajando seriamente en eso porque llama la atención, al hacer la comparación con el resto del mundo, por qué se transplantan tantos linfomas en el Uruguay.

El último cuadro es un estudio de los más interesantes que se han hecho en este período. Todo lo que les comenté hasta ahora son lo que llamamos estudios retrospectivos: se estudia ahora a pacientes tratados un tiempo atrás. En cambio, en este estudio se hace un seguimiento prospectivo: los pacientes se operan, nosotros los captamos en ese mismo momento y los acompañamos hacia el futuro para ver su evolución. Los señores Diputados tienen en el documento las cifras que se obtuvieron; se trata de un estudio muy reciente, realizado en agosto de 2002. Las infecciones de sitio quirúrgico eran más bajas que las que habíamos obtenido en el estudio anterior. El tiempo entre fractura e intervención es de diez días, lo que es inaceptable en un país que, además, tiene un sistema de financiamiento expreso; un paciente se fractura y debería estar operado a la mañana siguiente. No hay ningún motivo para que ello no ocurra. Sin embargo, en Uruguay el tiempo que transcurre entre la fractura y la operación es de diez días. Quiero decir que también es un poco más bajo que lo que había resultado del estudio anterior, aunque esto no debe disimular la gravedad del problema.

Encontramos niveles altos de pacientes dependientes en la vida diaria, incapaces de moverse fuera de la casa: un 21%. O sea que de todas formas hay un problema.

En la página 5 figura uno de los múltiples aspectos que podríamos poner sobre la mesa con relación a la hemodiálisis, que lleva cerca del 30% de los recursos del Fondo. Como indicador, simplemente lo que hacemos es investigar qué porcentaje de los pacientes que hoy están en tratamiento de hemodiálisis -es decir, dependientes de una máquina que sustituye su función renal y que, por lo tanto, deben concurrir a un centro de diálisis tres veces por semana- tienen una causa que nosotros llamamos obstructiva, es decir, una causa localizada que obstruye la diuresis del paciente, y qué es lo que les provocó hacia arriba la insuficiencia renal. En Uruguay, el 10,6% de los pacientes que llegan a hemodiálisis tienen una causa obstructiva. En Argentina, es el 4%; en Brasil, el 3%, y en el Registro Americano es el 2%. Si referimos las cifras a población, en Uruguay son 13,2 personas por millón, comparado a 6 personas por millón en Estados Unidos.

Esto lo hemos estudiado más en detalle: ocurre en pacientes mayores de 65 años, en pacientes beneficiarios del sector público, mayoritariamente del interior, y fundamentalmente en hombres. Se trata de pacientes que tienen una patología prostática benigna, es decir, un adenoma de próstata que se opera -hay sobrada experiencia en el Uruguay para el tratamiento de esta patología-, que se hubieran curado de su patología si hubiera sido diagnosticada y tratada a tiempo. Finalmente, en le última línea del cuadro aparece que el 5,5% de los pacientes que llegan a hemodiálisis crónica tenían una patología urológica benigna como causa de ingreso.

SEÑOR SAYAGUEZ.- Aparte de la evaluación de resultados, hay una importante tarea de evaluación previa a la autorización de los actos médicos. A la derecha del cuadro de evaluación previa, se puede observar que según la segunda opinión de los médicos auditores, en el año 2001 el porcentaje de acto médico indicado, compartido por la segunda opinión, ha sido muy dispar, según la técnica aplicada. En quemados o en transplante de médula ósea es muy elevada la coincidencia de opiniones; en litotricia solamente el 59% es compartido.

Esto llevó a que en esta última etapa, de 2000 a 2003, los actos médicos autorizados hayan comenzado a disminuir sustancialmente. Pero, a su vez, comenzaron a disminuir las solicitudes de actos, un proceso extremadamente interesante de analizar. Al disminuir la cantidad de actos solicitados comenzaron a disminuir también las evaluaciones negativas, las no autorizaciones. Después de un primer pico de no autorizaciones, ese porcentaje disminuye porque disminuyen solicitudes que ya no se hacen. En la documentación se puede observar la disminución en el total de solicitudes de actos médicos; también está marcado cómo va disminuyendo el total de autorizaciones negadas, lo cual es dispar según las técnicas. En litotricias, la disminución es sustancial, al igual que en estudios hemodinámicos. No soy médico, pero en algún momento pregunté cuál era la razón y me respondieron que, por ejemplo, en lugar de hacer un centellograma, que lo paga la IAMC, mandaban a hacer un estudio más caro, una hemodinamia, que lo paga el Fondo. Ese tipo de razones es el que explica el motivo de que ciertas solicitudes dejan de hacerse. En el caso de los marcapasos, también es notable la disminución. Y simultáneamente comienza a haber un crecimiento en la eficiencia del sistema. Por ejemplo, en el caso de cirugía cardíaca, la alta tasa de mortalidad, en dos años diminuyó del 15% al 10%.

La importancia de la evaluación de resultados y de la evaluación previa de los actos, aparte de tener su impacto en lo estrictamente médico, tiene un importante impacto en la parte financiera.

Los resultados de la etapa actual, de 2000 a 2002, tienen distintas formas de medirse. La disminución de actos médicos por no autorizarse los mismos, entre 1999 y 2002, equivale a casi US$ 6:000.000 -efectué la conversión a dólares de $ 134:000.000- y la disminución del gasto en la cantidad de solicitudes de actos fue de $ 89:000.000. Es decir que la economía total en dólares es de US$ 10:400.000.

La evolución de los ingresos del Fondo -figura en la página 7, en el cuadro de arriba a la izquierda- está ligada principalmente a la cuota mensual. De 1999 a 2002 el valor del Indice de Precios al Consumo y el de la cuota mutual evolucionaron por arriba de la evolución de la cuota que cobra el Fondo. Además, en el cuadro de arriba, a la derecha, se puede apreciar la disminución de los recibos cobrados, un proceso conocido por los señores Diputados. Los recibos cobrados por las IAMC y a través de DISSE, por el BPS, han disminuido con una tendencia absolutamente preocupante. Sin embargo, a pesar de ello el Fondo ha llegado a equilibrar sus cifras en el Ejercicio 2002; si bien su balance está siendo auditado en estos momentos, prácticamente ya están las cifras definitivas. En el Ejercicio 2002, el Fondo Nacional de Recursos dio un ligero superávit.

Al final de la documentación hay un cuadro con muchas cifras, medido en pesos corrientes, en dólares corrientes y en pesos constantes del 2001. En el gráfico que figura en la mitad de la hoja 7 se puede apreciar que los ingresos disminuyen, que los egresos disminuyen mucho más y que el Fondo llega a un equilibrio financiero que prácticamente en estos momentos se termina de consolidar a través del refinanciamiento del pesado bolsón de deudas que se mantenía con los IMAE.

Como referencia numérica, la disminución de egresos en pesos constantes de 2001, que pasan de 1.822:000.000 a 1.534:000.000, equivale al total de gastos e inversiones del Ministerio de Industria y Energía más el total del gasto de inversiones y de funcionamiento del Tribunal de Cuentas, más el gasto del Tribunal de lo Contencioso Administrativo. En el último medio siglo se constituye en una de las tres o cuatro disminuciones más importantes del gasto público en términos materiales, no por disminución del nivel salarial, de las pasividades o de los créditos presupuestales, sino por una transformación real del uso de los recursos a través del BPS, del Ministerio de Salud Pública, del Ministerio de Economía y Finanzas y parte -en lo que refiere a los gastos públicos- de las IAMC. En definitiva, son recursos de toda la sociedad. En tres años ha habido una transformación sustancial que me permito destacar porque no intervine en ella, sino que lo hicieron quienes me acompañan en este momento.

Dentro de las conclusiones primarias de esta etapa de tres años, hay que señalar que hubo una importante disminución del gasto y, simultáneamente, una importante disminución de los ingresos. También hubo una importante disminución -es la clave de todo esto- del número de actos autorizados, así como de los solicitados, lo que comprueba fehacientemente la conveniencia de esa segunda opinión médica que en su momento fue discutida por partes interesadas. A su vez, es difícil no llegar a la conclusión de que alguna forma de demanda inducida existía debido al diseño del sistema.

También se constató -es algo muy importante- una incipiente mejora en la calidad de los actos necesarios. Los estudios de resultados llevaron a que algunos de los IMAE, a los cuales se les informó acerca de las tasas

encontradas, comenzaran a mejorar sus rendimientos y a corregir errores de funcionamiento porque también se preocuparon y se sensibilizaron ante las cifras que evidenciaban la diferencia entre ellos.

La más importante interpretación que se puede hacer de estas sustanciales transformaciones es que se deben a la implantación de adecuados controles. Distintas auditorías realizadas en el Fondo coinciden en un mismo diagnóstico: el incremento de los actos médicos no responde exclusivamente a factores demográficos o epidemiológicos sino a que, además, existen una serie de incentivos, principalmente financieros, que inciden en el aumento del número de actos médicos, lo que ha sido amainado -no suprimido- a través de adecuados controles.

SEÑOR GIL SOLARES.- ¿Podría aclarar ese último concepto?

SEÑOR SAYAGUEZ.- El crecimiento del número de actos médicos, que se puede apreciar en una gráfica, es realmente preocupante porque no condice con una mejora de la salud, con la incorporación de técnicas o con un enriquecimiento de la población -procesos que existen-, sino con una disminución drástica por la incorporación de determinadas técnicas de gestión. Se ha gestionado mejor. ¿De qué forma? Por un lado, porque se comenzó a evaluar resultados y a informar a los IMAE acerca de que existían ciertas cifras, datos y opiniones respecto a que había algo mal. Por otro, porque se implementó un sistema de autorización de segunda opinión que incidió en que algunos actos no se autorizaran, sin que hubiera mayores problemas respecto de los que se había autorizado. Uno podría decir que se rechazaron dos mil actos y hubo dos mil médicos solicitantes que plantearon enormes problemas al respecto; sin embargo, la evidencia demuestra que no fue así. Además, empezó a disminuir el número de solicitudes. Por un lado, se vio que los criterios que se estaban aplicando llevaban a un rechazo y las entidades solicitantes cambiaron criterios, y, por otro, se deben de haber corregido algunos problemas implícitos en el diseño del sistema que llevaban a un crecimiento no razonable de la demanda, sacrificando recursos que toda la sociedad tiene que aplicar de la manera más eficiente posible.

SEÑOR HARETCHE.- El Fondo tenía dos alternativas: ajustar de una manera administrativa o con criterios médicos. Existen muchos sistemas en el mundo que ponen límites administrativos. Cuando esos límites los pone, democráticamente, la sociedad, son más que respetables; por ejemplo, se ponen límites de edad o determinadas circunstancias para el financiamiento, que permiten que alguien pueda acceder o no a la medicina de alto costo. Ese método -que creo que no hay que rechazar a priori- debe ser comparado con los beneficios que, de hecho, trajo al Fondo la utilización de criterios médicos que tienen que ver, básicamente, con la evaluación de la calidad. Se trata de evaluar la calidad no sólo de los resultados del acto sino también de la indicación.

Todo el sistema que comentó el contador SAYAGUEZ, en última instancia, lo que hace es evaluar la indicación hecha por un médico. En el material que les proporcionamos hay algunas referencias interesantes porque se basa en la idea o el concepto de que la indicación médica es siempre una toma de decisiones entre alternativas y que, por tanto, es factible de ser discutida. De hecho, la historia de la medicina muestra múltiples mecanismos para tal fin: ateneos, discusiones e intercambios. El médico de segunda opinión no es, de ninguna forma, un invento del Fondo. Es algo inherente al funcionamiento de los sistemas médicos en muchos lugares. Al evaluar también la indicación médica, estamos mejorando la actividad de los profesionales y actuando favorablemente sobre la gente y sobre el sistema. De alguna manera, eso puede resumir la experiencia obtenida con este sistema de controles.

SEÑOR SAYAGUEZ.- A continuación vamos a explicar algunas de las tareas que desarrolla actualmente el Fondo.

En primer lugar, como señalé, terminamos de sanear las finanzas. El Fondo está equilibrando sus finanzas y financiando a cinco años el pasivo mediante una reingeniería financiera que ha salido por consenso con los interesados; puedo adelantar que lo mismo se ha logrado con los bancos y con los acreedores que tienen cesión de crédito, buscando todos una solución amistosa que está resultando bien.

En segundo término, estamos implantando en este momento el nuevo sistema informático -en este momento está en paralelo con el anterior- que va a permitir un progreso técnico importante a la gestión del Fondo y, además, incluir un sistema de costos y la conexión remota a través de Internet de los IMAE y de las

instituciones de origen cuyo movimiento lo justifique. Ello permitirá tener en el momento la información de los actos que corresponda a cada una de las instituciones, respetando la intimidad correspondiente.

Por otra parte, se está profundizando la mejora en la calidad de los actos. Por distintas vías estamos buscando que los actos tiendan a la excelencia asistencial que está en la base del sistema.

Asimismo, se siguen mejorando los controles que produjeron el progreso que señalamos, continuando la disminución de los costos y gestionando mejor esa enorme cantidad de recursos de toda la sociedad que tiene el Fondo.

Con la obtención de esas economías ha empezado un proceso para reasignarlas de la curación hacia la prevención y el seguimiento. Por ejemplo, esta semana se está aprobando la vacunación en el momento del alta de todos los operados, especialmente de cierto tipo de cirugías cardíacas y de los dializados. Esa prevención, que tiene bajo costo, va a mejorar la calidad de vida impidiendo que tengan recaídas y complicaciones. Esto va a tener un efecto a largo plazo sumamente benéfico.

También por consenso, estamos buscando un sistema de acreditación de los IMAE ante el Fondo; ese decreto ya fue emitido por el Poder Ejecutivo y se están desarrollando sistemas que se han empezado a conversar con los técnicos correspondientes para buscar una solución que salga por unanimidad. Se va a tender a una forma objetiva, a través de indicadores de gestión, para medir la calidad de los servicios brindados; va a ser una forma objetiva para probar la mejora de esos parámetros.

Hay otras tareas pero estas son las más importantes que queríamos destacar.

SEÑOR AMEN VAGHETTI.- El tema del Fondo nos preocupa a todos aquellos que tenemos relación con la salud.

Es bueno reconocer con ellos aquí presentes, que el doctor Bagnulo y sus colaboradores en este tiempo han hecho un trabajo serio y responsable, tratando de utilizar los recursos -que son muchos en un país donde no sobran- sin incidir en el acceso de todas las capas del Uruguay a la alta tecnología -para eso está el Fondo- y controlando que no haya demandas inducidas por los médicos que lleven a un gasto excesivo.

En lo personal, he seguido con atención todo el trabajo del Fondo y creo que ha sido bueno, serio y responsable. Por ello quería felicitarlos.

SEÑOR GIL SOLARES.- Me siento tentado a repetir las felicitaciones que acaba de exponer el señor Diputado.

Creo que una de las cuestiones más importantes es abaratar el costo de los insumos, sobre todo, de los importados. Sabemos que los marcapasos se producen en el Uruguay y eso es un aliciente muy importante, pero también se importan todos los insumos, especialmente para la cirugía traumatológica. Es muy probable que en muy poco tiempo algunos insumos como válvulas artificiales se puedan fabricar en nuestro país -he sentido rumores al respecto-, lo cual alienta a una mayor economía.

Algo que considero muy importante y sobre lo que solicito una breve explicación es lo relativo a elevar la inmunidad de los pacientes en el preoperatorio porque hay una incidencia importante de infecciones en todos los tipos de cirugía. Modestamente, creo que el factor inmunidad es muy importante para evitar que sobrevengan las infecciones postoperatorias inmediatas. No entendí cuáles son las vacunas que se aplican a los pacientes en el postoperatorio.

Personalmente, por lo que conozco de la medicina práctica de todos los días, quisiera saber si la solución a los problemas de los pacientes del Ministerio de Salud Pública se demora mucho más que la de los pacientes de las instituciones de asistencia médica colectiva.

SEÑOR BAGNULO.- El insumo más caro que estamos comprando ahora es el cardiodesfibrilador. Hemos estado en contacto durante los dos últimos años con quienes producen localmente marcapasos para ver si se pueden producir localmente cardiodesfibriladores. El problema a resolver es el tamaño - que se debe reducir- pero hay una factibilidad real al respecto. En cuanto a los marcapasos, los hemos

medido y son de excelente calidad, inclusive, mejor que la de algunos importados. El grupo que los produce es el Centro de Construcción de Marcapasos que tiene un grupo de ingenieros y de estudiantes de los últimos años de la carrera trabajando en esto con apoyo del extranjero.

De todas formas, cuando nosotros llegamos, el costo de los cardiodesfibriladores era de US$ 35.000 y de US$ 8.000 la colocación, es decir que el total era de US$ 43.000; en este momento los estamos comprando por US$ 23.000 y pagando la cuarta parte por la colocación. Este es uno de los insumos que más abaratamos. Eso nos permitió elevar la edad, que estaba topeada en 55 años, a 65 años. Por supuesto, se generó una mayor demanda pero así somos más igualitarios porque la edad anterior parecía muy baja como límite para una sociedad como la nuestra.

También bajamos los costos de una amplia mayoría de insumos, pero no hemos podido disminuir el precio de algunos, como las válvulas y los tubos. Sí se ha podido reducir el costo de los fármacos, especialmente de la eritropoyetina y del hierro, muy a menudo contando con poca comprensión de algunos grupos de colegas que se atan demasiado a una marca. Nosotros estamos en la política de solicitar apoyo farmacológico; hemos consultado a la Facultad de Química y a grupos catalanes y si nos dicen que se trata de drogas similares, las compramos. En definitiva, ha bajado sustancialmente el costo de la mayor parte de los insumos, pero todavía hay bastante trabajo para hacer.

Las vacunas constituyen un tema al que hemos dedicado bastante tiempo en los últimos años. Sin duda, hay toda una estrategia desarrollada en distintos países consistente en vacunar al alta a los pacientes porque está demostrado que quien estuvo internado tiene después una mayor incidencia de infecciones graves por neumococos. Por eso se los vacuna al alta contra el neumococo. Además, los insuficientes renales crónicos también están más expuestos ese tipo de infecciones graves. Por ello se está instrumentando la vacunación previa al alta contra ese germen de todos los dializados y también de los más añosos, los que tienen prótesis de caderas, prótesis de rodillas y los que sufren procedimientos de tipo cardiológico.

Además, en los meses de marzo, abril, mayo y junio pensamos que, previo al alta, nuestros pacientes tienen que estar vacunados contra la gripe. En ese sentido, hay dos trabajos muy interesantes. Uno de ellos -que fue hecho en Argentina; precisamente, esta semana vamos a viajar allí- muestra que si un paciente que tuvo un infarto o fue angioplastiado tiene gripe, aumenta el índice de reestenosis. Entonces, se podría utilizar una estrategia de muy bajo costo, como podría ser la vacunación. La razón de esto todavía no se conoce; hay una hipótesis, pero el estudio es estadísticamente significativo y muy interesante. Vamos a ponernos en contacto con la gente de la Fundación Favaloro para ver si ellos quieren -con la mayor cobertura que nosotros tenemos, que podemos abarcar a todo el país- diseñar y profundizar estos estudios en nuestro medio, porque es una estrategia de bajo costo que prácticamente no tiene ningún efecto nocivo, como en general sucede con las vacunas que no tienen efectos nocivos ni contraindicaciones.

Aquí se hizo un comentario con relación al mayor atraso en la realización de actos en los pacientes de las capas más desprotegidas, llámese de Salud Pública o de otros que puedan estar en la misma situación. Cuando un paciente de las Instituciones de Asistencia Médica Colectiva tiene una fractura de cadera -que es lo que tenemos más estudiado-, los cubre muy rápido, entonces la dispersión es muy grande, mientras que a los que vienen de afuera -y más aún si son de Salud Pública- demoran más en realizarles los procedimientos. Y esto se da así.

Yo soy un poco más crítico; creo que el Fondo todavía no es lo suficientemente igualitario. Por ejemplo, tomemos esto que, aunque podría considerarse anecdótico, yo lo encuentro muy interesante. Me refiero a la patología obstructiva del hombre adulto, anciano, que es la hipertrofia prostática benigna. Nosotros estamos gastando aproximadamente US$ 1:500.000 porque en el interior, y mayormente en población de Salud Pública, no se realiza la resección endoscópica de próstata. Ahí es donde estamos pensando en utilizar mejor nuestros recursos, yendo a áreas que no le son atribuibles al Fondo, pero que nos afectan increíblemente. Y hemos estado en contacto con las autoridades de Salud Pública -en nuestro caso, nuestros mandantes- planteándoles la posibilidad de buscar soluciones, en las cuales podríamos llegar a invertir.

Debemos decir que España tiene cero paciente en diálisis por patología obstructiva. Entonces, si nosotros podemos solucionar eso, ahorraríamos US$ 1:500.000 por año, y ese dinero lo podríamos invertir -aunque no en el corto plazo- en prevención.

Creo que además el camino recién se está empezando; que hay muchas cosas por hacer; pienso que es bueno comentarlo y discutirlo entre todos.

Yo pienso, pero mi idea no es la única que puede abrir el camino en eso, sino que tendrá que discutirlo la sociedad. Si a una persona que le hacemos una angioplastia a los cincuenta años y sigue fumando, conociendo -como todos conocemos- los factores de riesgo que implica el cigarro, de futuro toda la sociedad va a tener que pagarle la segunda angioplastia, el "bypass" aortocoronario, etcétera. En última instancia es mayor y decide seguir fumando, pero después el problema lo paga toda la sociedad. ¿No habrá que llegar a situaciones en las cuales quien asume mayores y conocidos riesgos, tenga que hacerse en parte cargo de alguna de estas situaciones que él genera? ¿No tendrá que haber formas de premio a las instituciones -en la cuota del Fondo o en algún otra forma- que desarrollen estrategias de atención, por lo menos de prevención secundaria? Si una institución me desarrolla una policlínica de seguimiento de todos los pacientes que fueron angioplastiados, que tienen factores de riesgo, etcétera, yo como Fondo ¿no tendré que buscar un mecanismo -económico u otro; quizás económico debido a la situación en que estamos hoy- de privilegiar a las instituciones que desarrollen fuertemente estrategias de prevención secundaria? Yo concibo que esa es parte de la obligación a futuro del Fondo.

Sé que ustedes tienen un tiempo acotado y les agradecemos mucho el tiempo que nos han dedicado. Creemos que el tiempo da para mucho más y que el Fondo, de alguna forma, puede ser una caja de prueba de algunas estrategias a desarrollarse en el país.

Voy a decir un último convencimiento, no propio sino leído de cosas que están pasando en otros ámbitos. El mejor sistema de salud que se plantee, cambiando el actual al que ustedes piensen llegar, si no tiene mecanismos de contralor, va a fracasar. Estamos convencidos de que la única forma de transformarnos en eficientes y en mejorar es tener fuertes mecanismos de contralor, y si uno analiza los problemas discutidos en todos estos últimos tiempos, podemos llegar a la conclusión de que estuvieron vinculados a fallas en mecanismos de contralor. Es mi interpretación de los hechos, y creo que es un poco lo que estamos demostrando.

Hace un año y medio escuché una conferencia en la cual se insistía en que hay dos actividades en las cuales no se puede fallar. Una es la medicina, si uno falla -aunque lamentablemente nos pasa más de lo que debiéramos-, la gente se muere; y la otra es la aviación, si alguien falla se mueren. ¿Qué pasa entonces en la aviación? No hay ninguna decisión que sea individual; toda decisión está respaldada por otro: el copiloto, la torre o una computadora a bordo. Muchos están pensando en esto; inclusive, hay una Comisión gubernamental en Estados Unidos, que está planteando que para el año 2010 toda decisión médica va a ser refrendada por otro, ya no va a haber decisiones individuales. Nosotros creemos que eso tiene que pasar con los actos del Fondo, que no puede haber una decisión que sea de un único técnico aislado en su IMAE sino que, de alguna forma, todo va a tener que estar refrendado por nosotros o tener mecanismos de referenciamiento para su realización, porque las funciones del Fondo son muy importantes, son muchos los dineros que nos han dado para administrar, para pocos actos. Estoy convencido de que los resultados tienen que mejorar por el sacrificio que hace la sociedad uruguaya al darnos esas sumas, al transferirnos las obligaciones y al depositarnos su confianza. Ergo: tenemos que mejorar, sin lugar a dudas, más allá de lo que se haya conseguido hasta ahora; queda mucho más por hacer.

SEÑOR ARGENZIO.- Quisiera agradecer a los distinguidos visitantes haber compartido todas esas inquietudes con la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social del Parlamento, y felicitarlos por la gestión que están llevando a cabo al frente del Fondo Nacional de Recursos.

Son totalmente compartibles las medidas que están instrumentando a los efectos de mejorar la eficiencia y la eficacia del Fondo como, por ejemplo, la segunda opinión médica, la calidad de los actos, los controles y la disminución de los costos. Nadie va a dudar que esas son medidas muy importantes.

Hace un momento escuché que en el correr de estos meses iban a entregar 3.000 vales a 60 instituciones que son acreedoras -porque son prestadoras de servicio del Fondo- y que en un plazo de cinco años podrían cobrar ese dinero. Mi pregunta es si con eso quedan liquidadas las deudas con los prestadores de servicios.

SEÑOR SAYAGUEZ.- El bolsón de deudas -como lo llamamos- alcanza a $ 732:000.000, y se ha hecho un acuerdo para pagarlo en cinco años, a través de la sobrecuota que tienen las IAMC, que

actualmente es de $ 6.

En estos momentos, se está pagando a los IMAE dentro del plazo vigente del decreto reglamentario que es de sesenta días a partir de la facturación, y todo indica que eso se puede mantener. Es decir que estaríamos en un equilibrio financiero de largo plazo, si no cambia dramáticamente la situación en particular de un número de cuotas cobrado.

SEÑOR LEGNANI.- Tengo que retirarme, y entonces, quería dejar constancia de nuestro beneplácito por la presencia y la solicitud que ha partido de los visitantes de realizar esta exposición. De esa forma, se mantiene ese hilo de relacionamiento que han tenido con la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social en los últimos años, en donde se han ido planteando los distintos problemas que tenían que enfrentar, y hoy, entonces, nos hacen esta puesta al día, que es muy reconfortante. Creo que ese es el camino para todo eso que siempre se trata de nominar como política de Estado, porque hace la objetividad de los controles, tanto internos como externos, y hacen que todos tengan que aceptar la realidad de los hechos a los cuales se está haciendo referencia y que cada uno tenga que ajustar sus propias conductas. De manera que en este aspecto, solo me cabe manifestar el beneplácito, felicitarlos y decir que mantener este contacto periódico creo que le hace mucho bien a las instituciones.

SEÑOR PRESIDENTE.- Voy a hacer dos preguntas ampliatorias. Quisiera saber si este plan de pagos que han instrumentado ya está consensuado con los proveedores.

SEÑOR SAYAGUEZ.- Los IMAE hicieron una propuesta, se dialogó y finalmente se llegó a un consenso; está aprobado. Los vales están en la imprenta; por una razón práctica, la imprenta demora el papel de seguridad diez días y las firmas de las personas, que son unas 3.000, llevan unas quince horas. Calculamos que para el 3 de abril estarán los vales, pero como ya están los fondos para el primer pago, el 31 de marzo se les va a pagar con cheques. Es decir que está.

SEÑOR PRESIDENTE.- La otra pregunta es si en esa planificación que han hecho y que están haciendo a futuro, en función de todos los estudios y análisis que han realizado ¿están planteando alguna idea con respecto a la incorporación o supresión de técnicas en el Fondo?

SEÑOR BAGNULO.- Agradezco la pregunta porque, además, era un tema pendiente. Seguramente, este va a ser uno de los temas más conflictivos que nos quedan por delante, aun más en la situación en que se encuentran las instituciones.

Sí; pensamos que, de alguna manera, el Fondo debería ser -como se ha dicho- una puerta giratoria, y yo diría más que nada, una incubadora de técnicas, en la cual las técnicas entren por un plazo determinado, se generalicen, bajen los costos -todos sabemos que eso pasa en la medicina; por ejemplo, cuando recién se empezaron a hacer las tomografías, tenían altísimos costos y fueron bajando-, y al mismo tiempo se difunde la técnica.

Tendríamos que dar de baja a algunas técnicas; todas las auditorías así lo plantean y el buen sentido también, aunque mientras ha habido deudas, no parecía una situación lógica. Por otro lado, al dar de baja técnicas, tenemos que plantearnos transferirle un monto de la cuota a las instituciones para no agravar su situación. A su vez, el monto tiene que ser el costo y no el precio de la técnica. O sea, tenemos que transferir los costos que estas implican y cubrir -lo que es muy importante- a los pacientes de Salud Pública. Eventualmente, el Fondo, por encargo del Ministerio de Economía y Finanzas, continuaría haciéndose cargo de controlar y de pagar las técnicas que se realicen en pacientes de Salud Pública. Pero hay algo que es cierto y es que deberemos dar de baja a técnicas porque, de lo contrario, no vamos a incorporar nuevas. Es notorio que hay técnicas que deben ser incorporadas para que se desarrollen en nuestro medio midiendo muy específicamente el beneficio que va a otorgar, la relación costo-eficacia y la relación costo-beneficio.

En ese sentido, debo decir que en estos días vamos a firmar un convenio con la Fundación Favaloro, en Buenos Aires, para enviar a realizar allí transplantes de pulmón. Hemos evaluado sus antecedentes y son buenos en este aspecto. Si bien el transplante de pulmón no es de las técnicas de mejor perfil de costo-eficacia, la calidad de vida del paciente con patología pulmonar es muy mala. Lo que conseguirían las

personas que tienen afecciones respiratorias terminales y que se beneficien con el transplante de pulmón, tal vez no sea una prolongación muy importante de vida, pero sí una mejora muy clara en su calidad de vida.

También hay algunas otras patologías que estamos estudiando, pero no van a ser las que la industria quiere sino aquellas en las que nos pongamos de acuerdo. En ese sentido, habrán visto que existen presiones para incorporar nuevos insumos que tienen diferentes sustancias, etcétera. Nosotros vamos a esperar a que haya aprobación suficiente y estudios suficientemente bien diseñados; no vamos a incorporar insumos ni técnicas por presiones generadas por la industria, a la cual a veces se acoge alguno de nuestros técnicos. Solo vamos a incorporar situaciones en las cuales haya suficientes estudios prospectivos, con estudios de medicina basados en la evidencia -ya sea de la Cochrane, del Grupo Canadiense, etcétera-; no lo vamos a hacer porque haya aparecido un artículo -por más lindo que esté hecho- pagado por gente vinculada directamente a la industria.

SEÑOR PRESIDENTE.- ¿Ustedes ya aceptaron un nuevo IMAE que a punto de partida del Instituto de Traumatología, de la Facultad de Medicina y del Ministerio de Salud Pública, ya se ha instrumentado e inclusive licitado los lugares para la realización de las técnicas, tanto de prótesis de cadera como de rodilla?

SEÑOR BAGNULO.- Fundamentalmente de prótesis de cadera. Esto se vincula claramente a la pregunta que nos hiciera recién el señor Diputado Gil Solares.

En realidad, la razón ha sido el atraso en solucionar la patología de cadera en pacientes del Ministerio de Salud Pública. Desde ese punto de vista y habiendo hecho las mediciones, se disminuyó el promedio de días, según lo dijo el doctor Haretche. En el primer estudio, el atraso en solucionar una fractura de cadera era de dieciséis días, pero en el último fue de diez días. En este momento estamos tratando de que se solucione antes de seis días. Hay que reconocer que según la literatura, se discute si se opera antes de las doce o de las veinticuatro horas. Pensamos que una de las soluciones para eso es que el Instituto de Traumatología directamente tenga un IMAE donde esto se pueda realizar, ya que es una técnica en la que la complejidad ha ido disminuyendo notoriamente. Además, esto tiene mucha importancia en la formación de los jóvenes traumatólogos, para de alguna manera universalizar la preparación de la gente.

Otro de los problemas graves a que nos enfrentamos todos quienes estamos en el área de salud es que existen áreas de conocimiento que quedan reservadas a unos pocos, los que luego imponen leyes al mercado.

De todas maneras, si actuamos bien como Fondo tendremos la fuerza para tratar de cambiar algunas de esas situaciones.

SEÑOR PRESIDENTE.- Es decir que el IMAE ya está aceptado, incorporado y comenzará a funcionar.

SEÑOR BAGNULO.- Todavía no ha funcionado, si bien el trámite en el Fondo ya está realizado.

SEÑOR GIL SOLARES.- ¿En Traumatología, qué falta para poder hacer la cirugía? ¿La adecuación de las salas?

SEÑOR BAGNULO.- Existiría la posibilidad, mientras eso se termina, de arrendar algunas salas para ir realizándolas, ya que hay capacidad. También existe un IMAE que tiene capacidad ociosa, por lo que sería bueno que se complementen. La preocupación que compartimos con el Profesor de Traumatología es que muy a menudo los residentes que se están formando no tienen acceso a estas técnicas, lo cual no parece lógico. Los residentes de Traumatología que se están formando deben estar capacitados también en estas áreas.

SEÑOR PRESIDENTE.- Creo que Salud Pública va a licitar salas blancas o servicios dentro del sector privado que en este momento está prestando ese tipo de asistencia.

La Comisión considera que han brindado una excelente presentación, lo que demuestra la manera como está trabajando el Fondo en el último período, con resultados que realmente son muy alentadores. Creemos que en

la situación de crisis en que está el sistema de salud, el Fondo Nacional de Recursos -uno de sus pilares-, tal vez sea de aquellos lugares donde uno está viendo avances y resultados. En ese sentido, realmente les hacemos llegar nuestras felicitaciones -como les ha trasmitido el resto de los integrantes de esta Comisión- y les agradecemos la iniciativa que tuvieron de concurrir a este ámbito para hacernos conocer de primera mano todos sus resultados. Esperemos seguir en este intercambio de información. Realmente, quienes estamos en el sistema político, en la Comisión de Salud Pública, o quienes somos médicos, como profesionales, nos sentimos reconfortados cuando hay avances tan notorios en un área de la salud con tantas dificultades.

SEÑOR BAGNULO.- Es probable que al cabo de un tiempo de trabajar en esto percibamos algunos cambios que hay que hacerle a la Ley del Fondo Nacional de Recursos. En ese sentido, además de que nos parece absolutamente obligatorio mantenerlos informados de lo que se está haciendo, también nos interesaría interactuar para traer a esta Comisión eventuales sugerencias para que los señores Diputados estudien.

SEÑOR PRESIDENTE.- Entonces, esperamos esa información. La Comisión agradece la presencia de las autoridades del Fondo Nacional de Recursos.

Se levanta la reunión.

"Ver documento anexo"